

Тривалий час варіанти будови органів і систем, як і форми тіла людини, вивчали без врахування основних процесів морфогенезу, даних порівняльної анатомії та анатомічної антропології. Сучасна клініка потребує все більш точних і повних даних щодо статеві-вікових закономірностей будови і топографо-анатомічного зіставлення органів і структур в онтогенезі людини. Перш за все це стосується таких головних їх характеристик як форма, розміри, положення, кількість тощо. Це, в свою чергу, вимагає від морфологів подальшого вивчення вікових особливостей різних систем людини. Інформація про зовнішню та внутрішню будову органів відіграє значну роль при тлумаченні особливостей ставлення їх в перинатальному періоді онтогенезу.

Вадам розвитку щелепно-лищевої ділянки належить значне місце серед природженої патології. Більшість з них виникає на стадії органогенезу. За твердженням З.З. Масної, ембріогенез кісткової тканини нерозривно пов'язаний із загально біологічними закономірностями розвитку живого організму. Процесам, що відбувається в хімічному складі скелета в цілому, присвячена значна кількість робіт вітчизняних та зарубіжних авторів, проте змінам, які характерні для окремих його ділянок, зокрема для щелепних кісток, приділяється мало уваги. Слід відзначити відсутність праць, які були б присвячені дослідженню впливу стану прилеглих тканин на формування та ріст щелеп, що перебувають не лише в безпосередній близькості й контакті з щелепами, але й значні періоди розвитку яких проходять безпосередньо у товщі кісткової тканини, тобто із зубами. Збільшення частоти запальних і пухлинних захворювань ЛОР-органів, а також їх ускладнень спонукає дослідників до пошуку не тільки нових методів лікування та профілактики

патологічних процесів, а й детальнішого вивчення топографо-анатомічних особливостей приносних пазух.

Протягом багатьох років питання анатомії, топографії і функціональних взаємовідношень щелепно-лицевих структур залишались відкритими і вирішувались по мірі розвитку технічного прогресу. Нажаль і на сьогоднішній день немає єдиного метода, який би повністю задовільнив потреби лікарів, а велика кількість методик часто призводить до плутанини і неоднозначності діагностики і створення плану лікування.

У всьому світі зростає травматизм. Це зумовлено цілим рядом обставин, і в значній мірі травми обличчя припадають на ділянки приносних пазух, очних ямок та носа. В силу тісних топографо-анатомічних і взаємозв'язків з іншими відділами черепа ці травми частіше всього мають численний або поєднаний характер. Внаслідок цього вони тяжко піддаються лікуванню, часто супроводжуються анатомо-функціональним порушенням і косметичним дефектам. Хірурги нерідко зустрічаються із труднощами у виборі тактики лікування у пацієнтів з травматичними пошкодженнями лицевого скелета у ділянці приносних пазух. І саме з метою підвищення ефективності лікування та удосконалення хірургічної тактики доцільно детальніше досліджувати будову стінок приносних пазух.

Провідна роль у виконанні фізіологічної функції носа і приносних пазух, у розвитку патологічних процесів в цих органах належить їх анатомічним особливостям. Однак до останнього часу у зв'язку з радикалізмом хірургічних втручань значення анатомічних особливостей решітчастої кістки, решітчастого лабіринту, латеральної стінки носа, приносних пазух не бралось до уваги. Потреба в детальному вивченні топографічних взаємовідношень анатомічних структур приносних пазух і порожнини носа в доопераційному періоді диктується впровадженням у клінічну практику нових хірургічних технологій, в першу чергу, ендоназальної ендоскопічної техніки. Із впровадженням у практику комп'ютерної томографії, мікроскопічної і ендоскопічної техніки стало

відомо, що норми, обов'язкової для всіх не існує. Описана класична норма анатомії цих органів розпливається у великій кількості варіантів будови структур, які їх формують, і саме це вказує на доцільність детальнішого вивчення будови і синтопії стінок приноскових пазух.

Збільшення випадків післятравматичних деформацій лицевого черепа заставляє удосконалювати як їх діагностику, так і лікування. Серед складних кістково-реконструктивних міроприємств важлива частина спрямована на усунення дефектів і деформацій дна очної ямки, яка пошкоджується при більшості переломів кісток середньої ділянки лицевого черепа. Ці переломи майже завжди супроводжуються проникненням внутрішньоочних м'яких тканин, а нерідко і очного яблука у верхньощелепну пазуху, защемленням окорухових м'язів. Дефекти і деформація нижньої стінки очної ямки при її травматичному пошкодженні складають 6-12% від загальної кількості пошкоджень кісток лицевого черепа. Захворювання приноскових пазух широко розповсюджені у дітей. Найбільш часто у дітей запальні процеси діагностуються у верхньощелепних і решітчастих пазухах. У зв'язку з особливостями анатомічної будови і термінами формування приноскових пазух гострий фронтит та сфеноїдит зустрічаються рідко.